

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
HONDURAS FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**



**CARACTERIZACIÓN DE LA MORTALIDAD
COMUNITARIA EN EL NIÑO DE 1 MES A 5 AÑOS EN
HONDURAS EN EL AÑO 2009**

**PRESENTADO
POR:
DRA. ELBA LORENA MARTINEZ
RIVAS**

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE:
MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**TUTORA:
DRA. NORA RODRIGUEZ**

TEGUCIGALPA, MDC, HONDURAS

FEBRERO DE 2016

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH

RECTORA

LICDA. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICE RECTORA ACADEMICA

DRA. RUTILIA CALDERON

VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

ABOGADO AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES

DR. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL

LICDA. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y POSTGRADOS

MSc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. MARCO TULIO MEDINA

**SECRETARIO ACADEMICO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS**

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

**COORDINADORA GENERAL POSGRADOS FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS**

DRA. ELSA PALOU

COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

DR. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES

DEDICATORIA

Dedicada a todos los niños de Honduras que por múltiples causas prevenibles o no mueren y continúan muriendo llevándose con ellos la ilusión y la esperanza de una Honduras de hijos con un futuro brillante de grandes hombres.

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer a Dios por la vida, la salud y por todos los conocimientos que adquirí durante este proceso de aprendizaje.

A mi familia por todo el amor, apoyo y comprensión durante estos años.

Y a la UNAH, Facultad de Ciencias Médicas y docentes del POSAP por brindarme la oportunidad de convertirme en Medica Salubrista y obtener una Maestría para ponerla al servicio de mi amada Honduras.

CONTENIDO

I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	4
II.I Objetivo General.....	4
II.II Objetivos Específicos	4
III. MARCO TEÓRICO	5
III.I Naturaleza de la Investigación.....	5
III.II Escenario internacional de la mortalidad de niños menores de 5 años.	10
III.III Escenario en América Latina de la mortalidad de niños y niñas de 1 mes a 5 años..	12
III.IV Escenario en Honduras de la mortalidad de niños de 1 mes a 5 años.....	14
III.V Clasificación internacional de enfermedades.....	18
III.V.I Estructura básica de la CIE-10.....	19
III.VI Factores determinantes de la mortalidad en la niñez.....	22
III.VI.I Factores biológicos.	22
III.VI.II Factores socioeconómicos.	24
III.VI.III Atención y centros de salud	25
III.VI.IV Aspectos socioculturales.	26
III.VII Tasas de mortalidad en la niñez.	28
III.VII.I Indicadores y tasas proyectados por la Centro Latino Americano y Caribeño de Demografía (CELADE)	29
III.VIII Malformaciones congénitas.	31
III.VIII.I Causas y factores de riesgo.	33
IV. METODOLOGÍA	36
Diseño de investigación	36
Población de Estudio.....	36
Criterios de exclusión	37
V. RESULTADOS	39

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS	54
VII. CONCLUSIONES.....	66
VIII. RECOMENDACIONES.....	68
VIII. BIBLIOGRAFIA	71

I. INTRODUCCION

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció en el año 2000, uno de los objetivos más ambiciosos y participativos en la historia de la humanidad, denominado “Objetivos de Desarrollo del Milenio”. Uno de esos objetivos (ODM 4) se refiere a “Reducir la mortalidad de los niños” tema referente del presente trabajo de investigación, que centra el estudio en particular a la mortalidad comunitaria de los niños de 1 mes a 5 años. Cada uno de los países participantes, se comprometió a reducir de manera substancial el índice de mortalidad de los niños.

En el caso de Honduras, se estableció como meta para el año 2015, lograr una reducción en la mortalidad, de 16 por cada mil nacidos vivos, cifra que representa todo un reto para el país, considerando que al año 2006 la tasa referida era de 30 por cada mil nacidos vivos, es decir requiere de una disminución del 47% sobre dicho evento. Por ello la Secretaría de Salud en el año 2008, implementó la política de monitoreo y evaluación de la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI) (Secretaria de Salud de Honduras, Unidad de Planeamiento y Evaluación, 2006) con la intención de crear eficientemente propuestas y alternativas para la toma de decisiones en lo referente a la mejora, promoción y prevención en los servicios de salud materna y de la niñez.

Para generar con eficiencia, propuestas y alternativas tendientes a la reducción de la mortalidad en el menor de 1 mes a 5 años, se requirió identificar y caracterizar epidemiológicamente las muertes ocurridas en el año 2009, conocimiento que permitió proponer después del estudio y análisis de 547 casos registrados en todo el territorio nacional, una serie de sugerencias y aportes resultados del presente trabajo de tesis. No se identificó ninguna tendencia de la mortalidad en función al género del menor fallecido, sin embargo se logró identificar que en ocho de las regiones departamentales de salud del estado de Honduras se encuentra el 70% de la incidencia de mortalidad nacional, distinguiéndose dramáticamente las regiones correspondientes al departamento de Lempira y de Copán, que en conjunto acumulan el 25% de la mortalidad general.

Otro dato revelador se encontró en lo referente al rango de edad de la madre del menor fallecido, ya que el mayor porcentaje de casos se encontraron en la edad comprendida entre los 18 y 35 años. Otro resultado muy importante es el referente al número de embarazos de la mujer, concluyéndose que la principal mortalidad se registró en los casos de madres con un promedio mayor a los cuatro alumbramientos. Se identificaron 15 causas básicas de fallecimiento del menor de 5 años,

representando las mismas, una proporción del 73% de la mortalidad comunitaria en todo el territorio hondureño.

Las principales afecciones responsables de la mortalidad se concentraron en la neumonía con un 20%, la gastroenteritis y diarrea con un 19%, la desnutrición contribuyó con un 12%, las malformaciones congénitas particularmente del corazón, representaron un 6% y otra causa tanto o más dramática que las anteriores se refirió al ahogamiento por sumersión, causa que siempre planteará la incógnita de ser una muerte potencialmente evitable; la muerte por ahogamiento ocupó la tercera causa de mortalidad infantil ocasionada por un traumatismo no intencional en el mundo.

II. OBJETIVOS

II.I Objetivo General

Caracterizar las muertes comunitarias en los niños de 1 mes a 5 años, en las 20 regiones de salud de la República de Honduras, en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2009, para realizar intervenciones que permitan alcanzar el cuarto objetivo del milenio y sus metas.

II.II Objetivos Específicos

1. Describir epidemiológicamente las muertes comunitarias ocurridas e investigadas en los niños de 1 mes a 5 años en Honduras, durante el año 2009.
2. Describir las causas básicas de las muertes comunitarias en los niños de 1 mes a 5 años, de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) ocurridos en Honduras durante el 2009.
3. Calcular las tasas específicas de mortalidad comunitaria en los niños de 1 mes a 5 años, en Honduras, durante el 2009.
4. Identificar el tipo de malformaciones congénitas más frecuentes en la muerte del niño de 1 mes a 5 años en Honduras, durante el 2009

III. MARCO TEÓRICO

III.I Naturaleza de la Investigación

La UNICEF refiere una mortalidad en la infancia de alrededor de 21 niños por minuto, que elevados a un día proyecta la cifra de 29,000 menores de cinco años fallecidos cada día en promedio en el mundo. Existe una frase atribuida por algunas personas a Lósif Stalin que dice: “Un millón de muertes es una estadística, una única muerte es una tragedia”. En cualquiera de los casos hablar de mortalidad infantil es altamente preocupante, no solo por los gastos e implicaciones sociales que el evento trae consigo, sino porque en términos reales la infancia representa el futuro de una nación y de la existencia humana (UNICEF, 2011).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2006 en Honduras la tasa bruta de mortalidad en la niñez fue de 30 por 1000 nacidos vivos, cifra muy elevada considerando que la meta instituida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 4) para el 2015, considera una reducción de la tasa a 16 por cada 1000 nacidos vivos, es decir un decremento de casi un 50% (Instituto Nacional de Estadística INE, 2006).

Cuadro 1

Evolución de la mortalidad de la niñez según períodos quinquenales, 1991-2006 (Por cada 1,000 nacidos vivos)

Tasa	1991-1996	1996-2001	2001-2006	Meta 2015
Mortalidad de la niñez	48	44	30	16

Fuente: Elaboración propia con base a INE, 2001 y 2006.

Otra gran preocupación por parte de las autoridades de la Secretaría de Salud además de la substancial reducción de la tasa de mortalidad en la niñez, lo representan las causas más comunes de mortalidad porque en sí mismas representan un difícil problema por resolver, en algunos de los casos no se trata de fármacos o tratamientos costosos, sino problemas de carencia de educación e información de la familia o la madre, que suelen recaer en el cuidado del menor con las consecuencias señaladas. A continuación se listan de conformidad con elaboración de la autora en base a información de la Secretaría de Salud (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Principales causas asociadas a la mortalidad de la niñez en Honduras. Año 2006

N°	Causas según categorías de LC-OPS *	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1	Influenza y neumonía	18.5	18.5
2	Desnutrición y anemias nutricionales	12.8	31.3
3	Enfermedades infecciosas intestinales	11.1	42.4
4	Malformaciones congénitas, deformidades, anomalías cromosómicas	8.6	51.0
5	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3.3	54.3
6	Neoplasia maligna del tejido tico, hematopoyético y tejidos afines	3.3	57.6
7	Septicemia	2.9	60.5
8	Enfermedades del sistema urinario	2.9	63.4
9	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2.5	65.9
10	Accidentes del transporte terrestre	2.1	68
11	Resto de causas	32	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud, Honduras. 2006.

* Centro Latinoamericano – Organización Panamericana de la Salud.

Resulta de suma importancia corroborar o en su caso determinar, si las causales de la mortalidad infantil mantienen las mismas tendencias, existen otras o se han erradicado algunas en el transcurso de los años.

Actualmente las autoridades de salud de Honduras, tienen implementados mecanismos acordes a cada una de las causales que se tienen identificadas como responsables de la mortalidad señalada, mismos que pretenden atenuar las principales causas de la mortalidad en la niñez, sin embargo, a través del tiempo los mecanismo de control, las nuevas tecnologías, la evolución de la medicina e inclusive la educación de la población viene evolucionando de manera muy importante, por lo que se requiere replantear nuevas estrategias acordes a la globalización y a la ayuda que diversos organismos internacionales están brindando permanentemente en pro de mejorar la calidad de vida, con la finalidad de reducir sustancialmente la tasa de mortalidad del niño de 1 mes a cinco años considerada por la UNICEF como el indicador fundamental que permite determinar el progreso de un país en lo referente a evolución social y económica.

Paralelamente, la vigilancia de la mortalidad facilita y contribuye a la generación e implementación de estrategias y políticas en materia de salud que por ende propiciarán el desarrollo y bienestar de la sociedad. A partir del año 2008 se implementó el plan de monitoreo y evaluación de la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez con el objetivo de generar oportunamente propuestas y opciones para la toma de decisiones en lo referente a la mejora, promoción y prevención en los servicios de salud

materna y de la niñez, iniciativa que pretende contribuir al logro de las metas contenidas en la estrategia de reducción de la pobreza (ERP) y del logro de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM 4) dirigida en gran medida a este grupo prioritario que es la niñez (Secretaría de Salud de Honduras, Unidad de Planeamiento y Evaluación, 2006).

Las autoridades del sector salud, particularmente la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales y las Direcciones de Promoción y Vigilancia de la Salud, respectivamente, han establecido como objetivo prioritario el funcionamiento continuo del sistema de vigilancia de la mortalidad en el niño de 1 mes a cinco años, por lo que la información aportada y la aplicación de un análisis científico y profesional de ésta misma información apoyará la elaboración o adecuación de las políticas actuales en materia de reducción de la mortalidad de la niñez, permitirá sugerir estrategias encaminadas a la implementación o mejora de los actuales mecanismos de control, hará propicia la evaluación y la comparación de las gestiones realizadas en el pasado, que en conjunto; cumplimentarán el proceso de vigilancia y mejora continua a los compromisos y convenios que Honduras suscribió como a continuación se describen:

- a. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 4),** cuya finalidad es lograr una tasa de mortalidad de la niñez de 16 X cada 1,000 nv.

b. Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez. (RAMNI) 2008-2015. Para el logro de los objetivos descritos, se hace necesaria la actualización de la información referente a la mortalidad de la niñez, se hace imprescindible clasificar y analizar la base de datos que contiene la mortalidad comunitaria del niño de 1 mes a 5 años a nivel nacional ocurrida en el año 2009 (UNICEF, 2011).

III.II Escenario internacional de la mortalidad de niños menores de 5 años.

El informe técnico preparado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL, conjuntamente con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) refiere que cada año mueren a nivel mundial un promedio de 10 millones de niños antes de cumplir los 5 años de edad (Centro Latinoamericano y Caribe de Demografía CELADE, 2011) Desafortunadamente el común denominador de estos casos está referido a niños que habitan en países en vías de desarrollo y fallecen como consecuencia de enfermedades que en muchos de los casos podrían evitarse mediante la observancia de procedimientos rutinarios.

La mortalidad en la niñez mantienen una relación muy directa con aspectos

como la pobreza; razón por la cual, la longevidad de los niños en estos países es más reducida comparada con la de los países desarrollados. Otro aspecto fundamental es la calidad de los servicios públicos de salud, al igual que la educación en las familias y particularmente de las madres. En septiembre del 2000, en la cumbre mundial del milenio realizada en la ciudad de Nueva York, se estableció como meta; reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años, es decir reducir a nivel mundial de 10 millones a 3.3 millones en promedio la mortalidad en la niñez (UNICEF, 2010).

Un aspecto que llama la atención en la mortalidad mundial, es la causada o atribuida a la diarrea, entre la población del niño de 1 mes a cinco años, cuya estimación está en el orden de 1.87 millones al año, lo que arroja un dato aproximado al 19% de la mortalidad total en la niñez (Organización panamericana de la Salud OPS, 2014).

A continuación se presenta cuadro sinóptico que ilustra las tasas de mortalidad a escala mundial (Centro Latinoamericano y Caribe de Demografía CELADE, 2011).

EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS, A ESCALA MUNDIAL Y CONTINENTAL, 1990-2009 ^{a/}

Región geográfica	1990	2009	Evolución entre 1990 y 2009 (en porcentajes)
Mundo	63.2	46.0	-27.2
África	103.9	80.8	-22.2
Asia	61.4	39.9	-35.1
Europa	14.2	6.8	-52.1
América Latina y el Caribe	42.7	20.6	-51.7
América del Norte	8.2	5.7	-31.1
Oceanía	31.1	21.9	-29.5

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones de Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2008 Revision [base de datos en línea] <http://esa.un.org/unpp/>

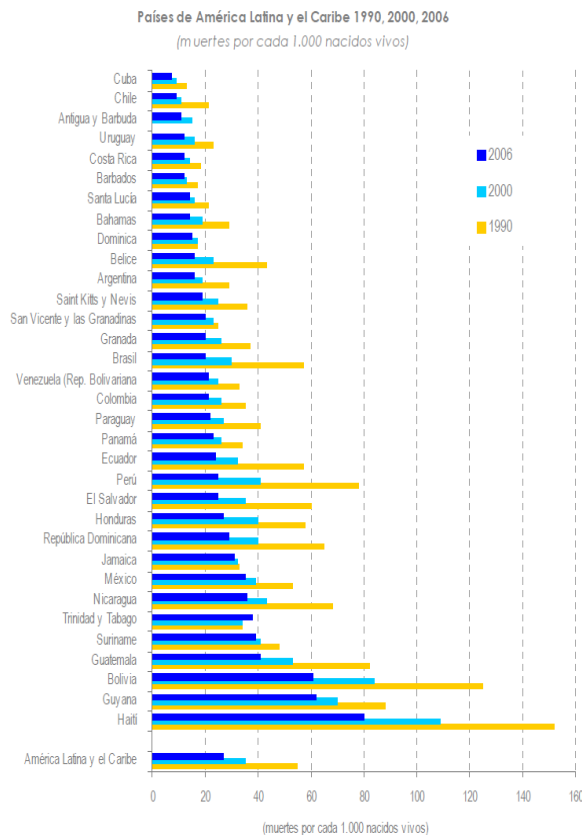
Como se puede apreciar, entre 1990 y 2009 (19 años) se presentó una reducción importante en las tasas a escala mundial; de un 27.2%, pero contrastante con la reducción que se observa en América Latina y el Caribe, de un 51.7%, hace evidente que existe un interés de la región por mejorar y lograr los propósitos establecidos en la cumbre mundial de los objetivos del milenio en lo referente a mortalidad de la niñez.

III.III Escenario en América Latina de la mortalidad de niños y niñas de 1 mes a 5 años.

Al año 2008 la mortalidad promedio en países de América Latina se encontraba en 27.5 niños por cada mil habitantes, que comparada con la misma cifra promedio de los países desarrollados resulta muy elevada, considerando que en dichos países la misma cifra estaba en el orden de 6 por cada mil

habitantes, lo que significa casi 4.6 veces más elevada la cifra o un 460% mayor, número sugestivo que invita a retomar esfuerzos y crear nuevas estrategias en pro de mejorar la supervivencia de la niñez (UNICEF, 2010).

En el **Grafico 1** se ilustra comparativamente los avances logrados en América Latina y el Caribe. Es muy notoria la baja mortalidad de niños menores de cinco años en países como Cuba, Chile, Antigua Barbuda, Uruguay y Costa Rica, cifras en contraste con países como: Haití, Guyana, Bolivia, Guatemala y Surinam. En término medio se observan a Brasil, Venezuela, Colombia, Paraguay y Panamá (CEPAL, 2014)



Fuente: CEPAL sobre la base de: UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Base de datos en línea: Monitoreando la Situación de niños y mujeres. www.childinfo.org. Información extraída agosto, 2008

III.IV Escenario en Honduras de la mortalidad de niños de 1 mes a 5 años.

Honduras enfrenta un importante reto en lo referente a la reducción de la mortalidad de los niños de 1 mes a 5 años, no solo por tratarse de un compromiso a escala mundial su reducción, sino porque en sí mismos, son objetivos estratégicos para lograr un repunte en el desarrollo económico y social de este país. Para conocer más de cerca la situación de este problema social, es necesario conocer desde varios puntos de vista su magnitud, porque del análisis acertado de ellos, se podrán proponer y generar estrategias y acciones concretas para su disminución a su máxima expresión.

La mortalidad de la niñez desde el punto de vista de las 10 causas de su origen (ver cuadro 4), se puede valorar que las afecciones de las vías respiratorias, los problemas intestinales y la desnutrición, representan casi un 43% de la mortalidad en Honduras (Organización panamericana de la Salud OPS, 2014), cifra impactante que hace meditar que se trata de enfermedades que podrían ser previsibles o en su caso, tratadas con acciones que no representa un alto costo el suministro de antibióticos, tratamientos orales, vacunación oportuna y uso de accesorios para disminuir la posibilidad de recibir picaduras por mosquitos transmisores de enfermedades graves.

Se han logrado sin duda significativos progresos en lo referente a la disminución de la mortalidad en la niñez, seguramente apoyados por importantes medidas que se ha realizado como la vacunación contra el sarampión, aplicada a las niñas y niños de un año y que constituyen la base más sólida de la propia niñez. Entre los años de 1991 a 2006 (quince años) se logró una significativa reducción de 18 puntos porcentuales que logro ubicar a la mortalidad en 30 por cada mil nacidos vivos, como se aprecia en el Cuadro 4, que ilustra la evolución de la mortalidad de la niñez, es decir, en promedio se logró disminuir una tasa de 1.2 puntos por cada año.

Cuadro 4.

Primeras 10 causas de muerte en niños de 1-4 años en hospitales de la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social, 2004

Causas según categorías de LC-OPS	%	% acumulado
Influenza y neumonía (J10-J18)	18.5	18.50%
Desnutrición y anemias nutricionales (D50-D53, E40-E64)	12.8	31.30%
Enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09)	11.1	42.40%
Malformaciones, congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	8.6	51.00%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	3.3	54.30%
Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines (C81-C96)	3.3	57.60%
Septicemia (A40-A41)	2.9	60.50%
Enfermedades del sistema urinario (N00-N39)	2.9	63.40%
Cirrosis y otras enfermedades del hígado (K70-K76)	2.5	65.90%
Accidentes de transporte terrestre (V00-V89)	2.1	68.00%
Resto de Causas	32.0	100.00%

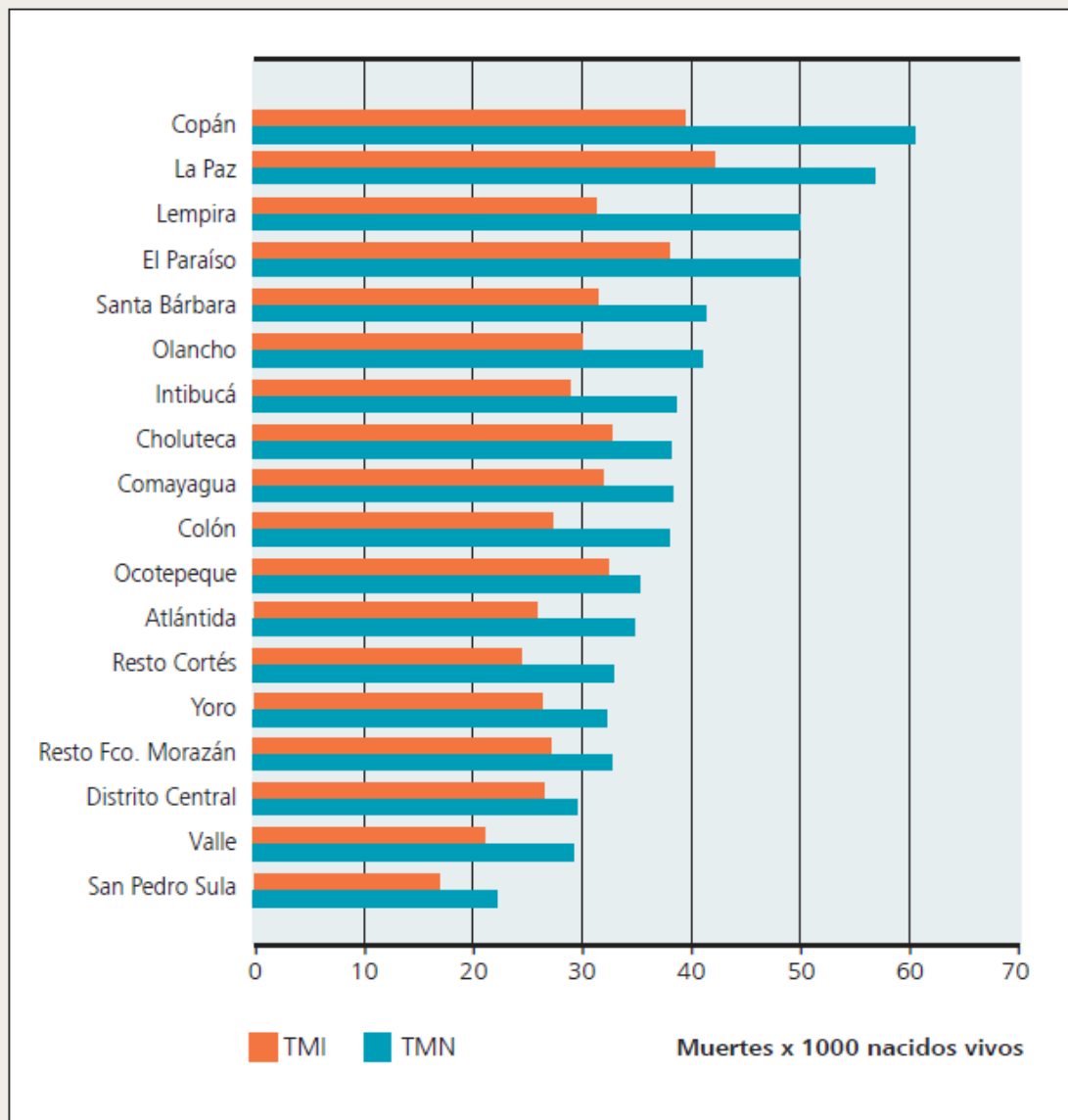
Fuente: Elaboración propia en base a Secretaría de Salud, 2006.

Considerando que entre el periodo de 2007 a 2015 restan aún 8 años, lograr la meta prevista podría ser una realidad (Centro Latinoamericano y Caribe de Demografía CELADE, 2011).

El área geográfica también resulta un factor determinante en la mortalidad de la niñez, las zonas rurales desafortunadamente en muchos de los casos, carecen de los servicios de salud en la cantidad y ubicación necesarias, a diferencia de las zonas urbanas que en parte influenciadas por las altas concentraciones de personas, brindan servicios más accesibles para la población. En Honduras es muy amplia la brecha a estos servicios de una zona a otra, mientras en áreas como Copán, La Paz, Lempira y El Paraíso, departamentos con una población rural muy elevada, se mantienen tasas de mortalidad muy altas; departamentos como Francisco Morazán y Cortes, que ubican los principales centros urbanos del país mantienen las tasas más bajas de mortalidad en la niñez y en la infancia con una desproporcional cantidad de hasta tres veces menor como se muestra en la Gráfica N°2 (UNICEF, 2010).

Gráfica 2.

Mortalidad de la niñez (TMN) e infantil (TMI) según departamentos, 2006



Fuente: Elaboración propia en base a INE, 2006.

III.V Clasificación internacional de enfermedades

Se define como clasificación o codificación de enfermedades al “Conjunto de categorías a las cuales se les asignan particularidades morbosas de acuerdo con criterios previamente definidos y aceptados universalmente” (PHAO, 2003).

La clasificación internacional de enfermedades (CIE) fue publicada por la Organización Mundial de la Salud. Su aceptación y utilización es nivel internacional, con fines principalmente descriptivos y estadísticos que se relacionan con la morbilidad y mortalidad. Su principal objetivo fue hacer posible la asimilación, procesamiento, clasificación y presentación de estadísticas.

El listado actual contempla varias miles de causas de muerte, enfermedad o trauma y su origen, se remonta al Instituto Internacional de Estadística de 1893. La Organización mundial de la salud OMS asumió el trabajo de actualización en 1948 y hasta la fecha se encuentra en vigor la décima edición (CIE-10)(OMS, 2002). Actualmente varios países como Australia, Canadá, Alemania, y EE.UU han creado sus propias extensiones del código CIE-10.

III.V.I Estructura básica de la CIE-10

La CIE es un método de categorización de variables cuyo diseño permite clasificar e identificar todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este esquema se identifica en capítulos que permiten la identificación, estructuración y comparación de la información referente a la mortalidad y morbilidad recolectadas en diferentes países o áreas y en diferentes épocas, hasta los momentos es considerado como la estructura e instrumento más útil e importante que se ha utilizado contiene actualmente un total de 12.421 códigos distribuidos en 2.036 categorías (PHAO, 2003).

Para llevar a cabo la codificación o categorización es necesario identificar cada una de las categorías establecidas, utilizando para los efectos un código alfanumérico con la siguiente estructura: la primera posición corresponde a una letra, las posiciones 2^a y 3^a contienen un carácter numérico, la 4^a posición está precedida de un punto decimal, por lo que los códigos asignados a cada uno de los padecimientos posibles están agrupados de la A00.0 a la Z99.9 (PHAO, 2003).

El código principal está formado por los tres primeros dígitos; el carácter numérico y los dos números siguientes ej. A00, mismo que se refiere a la afección diagnóstica que se obtiene al término final del proceso de atención y se cataloga como la

causa primaria del tratamiento indicado al paciente. Cuando existen dos o más afecciones identificadas, se elige la de mayor peso e importancia. El último número o subcategoría después del punto ayuda a caracterizar con mayor precisión el tipo de afección del paciente, permitiendo realizar diagnósticos certeros y dirigir estrategias acordes a dichos padecimientos (PHAO, 2003).

Para ilustrar las explicaciones aquí señaladas, a continuación se hace referencia al registro actual que se tiene de acuerdo a la CIE-10 de algunas de las diez principales causas de muerte en niños de 1-4 años en hospitales de la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social en 2004. Como se puede observar, la categoría CIE-10 a tres caracteres es una clasificación muy general y poco precisa, que no permitiría diseñar una estrategia en el supuesto que en varios departamentos se reportara un brote de múltiples casos de cólera, porque la referencia es muy general y no permite identificar la causa con precisión o para saber si se tienen el mismo origen. A continuación se lista la clasificación CIE-10 a 4 caracteres para complementar lo señalado.

Cuadro 5. Causas según categorías de la OPS y Categorías a 3 dígitos CIE-10

Causas según categorías OPS	Categorías a 3 dígitos CIE-10	
Influenza y neumonía (J10-18)	J10	Influenza debida a Virus de la Influenza identificado
	J18	Neumonía organismo no identificado
Enfermedades infecciosas intestinales(A00-A09)	A00	Cólera
	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
Enfermedades del sistema urinario (N00-N39)	N00	Síndrome nefrítico agudo
	N39	Otros trastornos del sistema urinario

El éxito y la calidad de los datos en las estadísticas de salud sean estos con fines de morbilidad o mortalidad, dependen de varios elementos, el primero de ellos y posiblemente uno de los más importantes es la veracidad y correcta información asentada en los formularios y demás informes sean estos de diagnóstico o sobre el reporte de las causas de defunción. La generalidad de las deficiencias en la información estadística en el área de salud, se originan precisamente por la inadecuada o incorrecta calidad de dicha información médica. Se precisa obtener datos confiables, que permitan generar estrategias apegadas a la realidad, por lo que se requiere concienciar a los médicos y demás personas involucradas, en que el correcto llenado de los datos es de suma importancia y trascendencia nacional.

III.VI Factores determinantes de la mortalidad en la niñez

La mortalidad al igual que la natalidad, son los actores más influyentes de los cambios demográficos. Particularmente la mortalidad en la niñez, está influenciada por una serie de causas que inciden de manera muy importante, por lo que requieren ser estudiadas a fin de crear estrategias tendientes a disminuir su tasa, en consonancia con los objetivos nacionales e internacionales.

III.VI.I Factores biológicos.

Los factores biológicos por su misma naturaleza, representan las causas más comunes de mortalidad en el menor de 5 años, ya sea que estos se den por vías de transmisión endógenas o exógenas. Las afecciones biológicas principalmente las que se presentan en el periodo perinatal y las infecciones en el sistema respiratorio y digestivo, se considera que la mayoría de ellas están fuertemente asociadas a insuficiencias higiénicas, del entorno de la vivienda, la carencia e inadecuada alimentación y sin duda alguna al poco acceso a los servicios de salud.

Cuadro 6. Cuadro comparativo de Categorías a 3 dígitos CIE-10 y Categorías a 4 dígitos CIE-10

Categorías a 3 dígitos CIE-10		Categorías a 4 dígitos CIE-10	
J10	Influenza debida a influenza identificado	J10.0	Influenza con neumonía debida a virus identificado
		J10.1	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, debida a virus de la influenza identificado
		J10.8	Influenza con otras manifestaciones, debida a virus de la influenza identificado
J18	Neumonía organismo no especificado	J18.0	Bronconeumonía no especificada
		J18.1	Neumonía lobar no especificada
		J18.	Neumonía hipostática no especificada
		J18.8	Otras neumonías de microorganismos no especificado
		J18.9	Neumonía no especificada
A00	Cólera	A00.0	Cólera debido a Vibrio cholerae 01 biotipo cholerae
		A00.1	Cólera debido a Vibrio cholerae 01 biotipo el Tor
		A00.9	Cólera no especificado

Los factores biológicos en una gran proporción, son innatos a la constitución física de la persona y por consiguiente menos factibles de ser modificados o influenciados que los demás factores concurrentes de la mortalidad. En los países desarrollados, estos elementos influyen determinadamente en la disminución de la mortalidad de los niños menores de cinco años, ya que al encontrarse controladas las enfermedades infecciosas y existir una buena educación alimentaria, éstas no ocasionan daños en la magnitud que se

presentan en los países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud OMS, Diciembre 2002).

El grupo de enfermedades infecciosas, se encuentran entre las enfermedades más recurrentes que se han estudiado tradicionalmente, entre ellas se incluyen: el grupo de las neumonías, influenza y cólera, producidas por bacterias; viruela, hepatitis y sarampión, causadas por virus. Desafortunadamente aun cuando se identifique al agente patógeno, la infección por sí misma no es totalmente determinante en el desarrollo de la enfermedad, porque ésta se verá influenciada por otros factores del entorno. Por citar un ejemplo; muchos menores pueden estar expuestos al virus de la gripe, pero no desarrollar la enfermedad, en cambio, otros pueden enfermar de manera controlable o irrelevante, y habrá otros grupos de menores debilitados por mala alimentación, mal cuidado físico o por encontrarse en un ambiente inhóspito u otros aspectos similares que fácilmente podrían fallecer por esta causa (Organización Mundial de la Salud OMS, Diciembre 2002).

III.VI.II Factores socioeconómicos.

El factor socioeconómico generalmente se atribuye como un factor indirecto de la mortalidad en los menores de 5 años, lo que no es cuestionable es que la mortalidad está reiteradamente presente en los países de menores ingresos per cápita.

La desnutrición, el uso frecuente de alcohol, la maternidad en edad temprana o

avanzada, son comunes denominadores en estos estratos sociales. La pobreza indudablemente es un factor de riesgo en la mortalidad de la niñez, los niños de niveles socioeconómicos desfavorecidos, tienen mayor probabilidad, que los niños de estratos altos, de padecimientos y mala salud, los primeros tienen menos o en ocasiones nulas posibilidades de recibir atención médica oportuna.

Otro problema frecuente es la elevada maternidad en la adolescencia, asociada a los estratos de familias pobres, desafortunadamente no se vislumbran tendencias de disminuir en la últimas décadas, en promedio un 25% de las mujeres latinas ha tenido su primer hijo antes de los 20 años, en zonas rurales, es mucho mayor la proporción y esto incide de manera muy directa en la mortalidad de la niñez. La falta de cariño, atención y cuidado del menor, en muchos de los casos, propicia que termine en el abandono, con graves problemas de salud y por ende candidato a la tasa de mortalidad. Una niña difícilmente podrá cuidar de un menor aunque se trate de su hijo (Andalucía, J. D., 1996) (UNICEF, 2009).

III.VI.III Atención y centros de salud

Otro factor determinante y trascendental en la mortalidad de la niñez lo representa la magnitud de los recursos económicos que se destinan a este concepto. Incide drásticamente en la mortalidad de todo un país y mayormente a la de la niñez, por tratarse de la población más expuesta y dependiente. Los resultados de la aplicación de estos fondos, pueden medirse con cierta precisión por medio de diversos indicadores, cuyo conocimiento, estudio y correcta interpretación podrá

redundar en óptimas políticas de salud poblacional. Describir el nivel de salud de una población como la niñez, involucra contar con abundante y verídica información, misma que se reflejará en acciones concretas en beneficio de este importante segmento.

Existen varios indicadores como la mortalidad y morbilidad, el número de médicos y otros profesionales de la salud por nivel de población de la niñez, calidad de los servicios de salud, atención especializada, etc. Pero los indicadores de la salud por excelencia están representados por la Morbilidad, Mortalidad, determinación de las principales causas de muerte, tasas de mortalidad, esperanza de vida, entre otros (Andalucía, J. D., 1996). Contar con indicadores como los señalados, influye de manera decisiva en el control de la mortalidad de la niñez, porque permitirá tomar acciones estratégicas, generar políticas de salud acordes a la realidad nacional e informar oportunamente a la población. Es necesario hacer hincapié que por sí sola la información a la población (madres) no es del todo suficiente, si ésta no se realiza con la oportunidad, veracidad y claridad acorde a cada uno de los grupos de interés.

III.VI.IV Aspectos socioculturales.

Referir a los aspectos socioculturales de una población o país, nos remite a conocer las características de ese grupo social; su forma de vida, sus costumbres más arraigadas, su nivel de educación, sus valores sociales, la religión etc. Además se

comentan los aspectos socioculturales de la familia de crianza o de la madre (principalmente) que son los factores que influyen en forma determinante en el cuidado o falta de cuidado hacia el menor en su etapa de niñez. Es interesante descubrir que aún grupos sociales de un mismo país, pueden presentar importantes diferencias socioculturales, un caso muy claro resulta el de la religión. Como ejemplo se puede citar casos en los que algunos grupos en este sentido, llegan al extremo de no permitir transfusiones de sangre, ni aun a costa de la vida del hijo.

La educación; al evaluar la mortalidad del menor de cinco años, tratando de asociarla al nivel de educación familiar y principalmente al de la madre, sugieren algunos estudios que la utilización de los servicios médicos se incrementa con el nivel de educación comentada.

Posiblemente exista razón de creer que se dé este fenómeno en países como Honduras con un bajo nivel educativo en promedio, bajo la consideración que la madre o la familia al ostentar un nivel educativo y cultural más alto (independientemente de su status económico) procuran un mayor cuidado y una mayor atención en aspectos como la alimentación del niño, vigilancia en sus hábitos, en su limpieza personal y otros similares, que evidentemente están asociados en forma directamente proporcional a la morbilidad y mortalidad respectivamente (Andalucía, J. D., 1996).

Sin embargo, se necesitan más estudios para demostrar si existe una asociación determinante.

III.VII Tasas de mortalidad en la niñez.

La Real Academia de la Lengua Española define el concepto de tasa como la “Relación entre dos magnitudes”. Expresado de otra manera, se trata de un coeficiente que expresa la relación que existe entre una cantidad y la frecuencia de un fenómeno determinado, la tasa expresa la magnitud de una situación (Real Academia Española, 2001).

La tasa de mortalidad, es el coeficiente entre el número de personas afectadas por ese evento y la población expuesta al mismo evento.

La tasa bruta, o general, determina o mide el riesgo o probabilidad de mortalidad que ocurra a toda la población (Merino, 2007)

Tasa específica, determina el riesgo de mortalidad por grupo de edad, considera una partición de la población total u original (Merino, 2007).

III.VII.I Indicadores y tasas proyectados por la Centro Latino Americano y Caribeño de Demografía (CELADE)

El CELADE se fundó en los años cincuenta como extensión de la inmensa de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), época en la que se determina la necesidad de contar con información detallada referente a la población a nivel mundial. En esos años, no se realizaban los censos poblacionales en armonía con el constante crecimiento de la demografía, por lo que el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, emprende la iniciativa de crear los centros regionales en Santiago de Chile, Mumbay (Bombay) y El Cairo.

El 13 de agosto de 1957 se crea la representación tomando como sede a la Universidad de Chile, corresponde al bioestadística español, Marcelino Pascua dar inicio a las actividades del centro. Principales funciones del CELADE; brindar asistencia técnica, capacitación e información en demografía a todos los países de la región y realiza diversas investigaciones aplicadas. Brindar asistencia a los países en lo relativo al desarrollo. Apoya la realización de encuestas y censos poblacionales, para la adecuada formulación de estadísticas de planificación social y económica.

Las actividades se orientan prioritariamente a los países de América Latina y el Caribe, pero existe la tendencia a enfocar los esfuerzos a todos los países en vías de

desarrollo de la región (CEPAL, 2012).

En el Cuadro 7 se presentan indicadores demográficos proyectados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) por medio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) por los quinquenios de 1995 a 2010 (CEPAL, 2012).

Cuadro 7.

INDICADORES DEL CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO ESTIMADOS PROYECTADOS POR QUINQUENIOS					
Indicadores	de	País	Período	Períod	Período
Esperanza de vida al nacer - total		Honduras	1995-2000	2000-2005	2005-2010
			70	71	72
Esperanza de vida al nacer - hombres		Honduras	1995-2000	2000-2005	2005-2010
			68	69	70
Esperanza de vida al nacer - mujeres		Honduras	1995-2000	2000-2005	2005-2010
			72	73	75
Tasa de mortalidad infantil - total		Honduras	1995-2000	2000-2005	2005-2010
			35	32	28
Tasa de mortalidad infantil - hombres		Honduras	1995-2000	2000-2005	2005-2010
			40	36	32
Tasa de mortalidad infantil - mujeres		Honduras	1995-2000	2000-2005	2005-2010
			30	27	24
Mortalidad en la niñez, 0-5 años - Tasa Total		Honduras	1995-2000	2000-2005	2005-2010
			52	46	42
Mortalidad en la niñez, 0-5 años - Tasa hombres		Honduras	1995-2000	2000-2005	2005-2010
			55	50	-
Mortalidad en la niñez, 0-5 años - Tasa mujeres		Honduras	1995-2000	2000-2005	2005-2010
			44	39	-
Razón de mortalidad materna		Honduras	1995-2000	2000-2005	2005-2010
			-	-	-

Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2012.

Se observa en particular, que las tasas de mortalidad en la niñez reflejadas en esta proyección para los quinquenios 1995-2000 y 2000-2005 presentan cifras de 52 y 46 respectivamente, cifras contrastantes con las reportadas según elaboración propia con base INE por 44 y 30 en los periodos similares de 1996-2001 y 2001-2006.

III.VIII Malformaciones congénitas.

Las anomalías o malformaciones congénitas, nombradas coloquialmente como defectos de nacimiento, son trastornos innatos o malformaciones que pueden ser estructurales o también funcionales, como sucede con los tipos de trastornos metabólicos originados desde el nacimiento (Verny, 2002).

Cifras a nivel mundial.

- Según cifras estimadas por la OMS, a nivel mundial se presentan un total de 3.2 millones de discapacidades cada año.
- Se estima que cada año 270,000 recién nacido fallecen dentro de los 28 días posteriores a su nacimiento, por causa de anomalías congénitas.
- Las anomalías congénitas son causantes de discapacidades crónicas que impactan económica, social y emocionalmente a las familias y la sociedad.
- Los casos de problemas congénitos más graves y más

recurrentes se refieren a malformaciones cardíacas, defectos del tubo neural y el síndrome de Down.

- Su origen, generalmente puede ser infeccioso o ambiental, pero resulta difícil asignar una causa específica.
- La vacunación temprana de las mujeres durante la infancia y los años de fecundidad, podría evitar aproximadamente 110,000 casos de síndrome de rubéola congénita.
- Una de las medidas más económicas y factibles es fomentar la ingesta de ácido fólico y yodo, sin descuidar la vacunación y cuidados prenatales básicos (Verny, 2002) (OMS, 2012)

Ácido Fólico: Sin duda; La “vacuna contra las malformaciones congénitas por excelencia”. El ácido fólico es una vitamina imprescindible para el desarrollo del núcleo de todas las células del cuerpo, por lo que se precisa ineludible para el correcto funcionamiento del organismo. Esta sustancia cuenta con la cualidad de facilitar la óptima formación de la columna vertebral. La mujer en edad reproductiva, debe consumir las dosis adecuadas para disminuir el riesgo que al embarazarse, su hijo nazca con enfermedades como el mielomeningocele, anencefalia o espina bífida, entre otros problemas asociados a la carencia de ésta vitamina, como el caso de ciertas malformaciones (OMS, 2012)

El Grafico 3 ilustra la proporción de malformaciones congénitas a escala mundial. Se puede apreciar que la mortalidad dentro de los primeros 28 días,

atribuida a malformaciones congénitas representa un 8.5% aproximadamente del total de casos registrados, el restante 91.5% se presenta en el transcurso de la niñez y lo más afortunados durante la juventud o madurez.

III.VIII.I Causas y factores de riesgo.

No resulta factible poder describir y menos aún precisar todas las causas posibles que originan las malformaciones genéticas, por lo que de manera general se comentan las situaciones más comunes que las propician.

Factores socioeconómicos: Está identificado que en los países de ingresos medios a bajos se ha presentado la mayor incidencia de anomalías congénitas; que fluctúa alrededor de un 94% de los casos. Aspectos como la inadecuada nutrición, el entorno, el consumo de alcohol y ciertas infecciones, son consideradas responsables de los riesgos de alteraciones cromosómicas como en el caso del síndrome de Down (OMS, 2012)

Factores congénitos: Se refiere a los problemas transmitidos por la consanguinidad, en algunos casos la alteración de uno solo de los genes, puede originar una malformación o defecto congénito. El humano alberga entre 20.000 a 25.000 genes que determinan sus rasgos fisiológicos como el color de los ojos del cabello, también influyen en el crecimiento y el desarrollo de todos

los órganos del cuerpo. El riesgo de este tipo de factores, se incrementa notablemente cuando se da la unión entre hermanos o primos cercanos, como sucede en algunas comunidades étnicas (March of Dimes Foundation, 2009) (American Congress of Obstetricians and Gynecologist (ACOG), 2009)

Factores Infecciosos: Las infecciones maternas, como la sífilis o la Rubéola, son una fuente importante de defectos de nacimiento. Las infecciones sexuales son causantes de defectos congénitos graves que puede influir en problemas como ceguera y la muerte del bebé, su detección temprana puede prevenir o reducir el daño al feto.

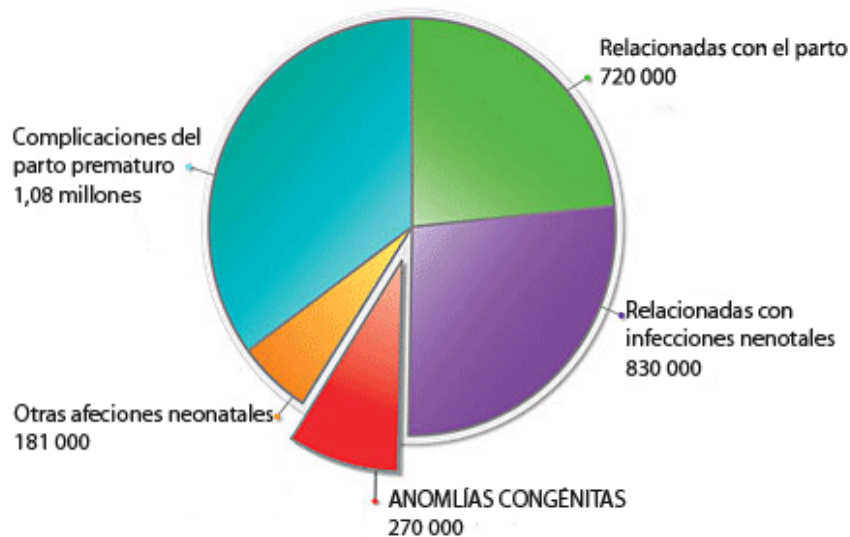
El Citomegalovirus (CMV) es una de las infecciones más comunes producidas por un virus en recién nacidos. La mayoría de las infecciones del CMV no causan severos daños, pero en casos graves, la infección puede originar retraso mental, sordera o pérdida de la visión. La mejor forma de prevenir esta infección es lavándose las manos con mucha frecuencia (Verny, 2002) (March of Dimes Foundation, 2009).

Factores ambientales. Cuando la madre está expuesta a sustancias como pesticidas, medicamentos, compuestos químicos, drogas, alcohol, tabaco, dosis elevadas de vitamina A o exposición a la radiación, se incrementan los riesgos de que el bebé pueda verse afectado con anomalías congénitas. Otro ambiente propicio para generar deformaciones genéticas, se presenta al estar

en constante contacto en basureros, fundiciones o minas, incluso el vivir adyacentemente a esos lugares pueden ser factores de riesgo (Andalucía, J. D., 1996)

Como se ha podido apreciar, el origen de las malformaciones genéticas es múltiple, por lo que la manera general de disminuir su afectación a la población, será en forma fundamental por medio de educación e información que se brinde a los segmentos de la población más expuestos a sufrir de estas enfermedades.

Grafica 3. Causas de muerte neonatal en 193 países en 2010



Fuente: Born too soon. The Global Action Report on Preterm Birth - WHO 2012

Principales causas de muerte a escala mundial.

IV. METODOLOGÍA

Diseño de investigación

La presente investigación se desprende de la investigación Nacional de la Secretaria de Salud (SESAL), cuyo objetivo fue caracterizar la mortalidad de la niñez durante los períodos 2009-2010. Fue conducida por la Dirección de Vigilancia de la Salud. Se elaboró utilizando varias estrategias y metodologías en función a los diferentes aspectos inherentes a la misma, como se describe a continuación:

- Conforme a la profundidad o alcance: Descriptivo.
- Conforme al diseño de investigación: No experimental.
- Conforme a la forma de obtener información: Transversal.
- Conforme a la ubicación de los datos en el tiempo: Retrospectivo.

Muerte Comunitaria

Fallecimiento en el menor de 5 años originada por diferentes causas, ocurrida en el hogar u otras (ámbitos) o instancias que no sea en establecimientos de servicios de salud u hospitales.

Población de Estudio

Lo constituyó los niños menores de cinco años de edad, residentes en Honduras que fallecieron en la comunidad en el periodo comprendido entre el mes de enero y diciembre del año 2009.

Criterios de exclusión

Menores de cinco años de edad nacidos en el país, pero fallecidos fuera de Honduras en el periodo de estudio.

Las muertes fueron captadas a través de búsqueda activa, utilizando los instrumentos definidos por el subsistema de vigilancia de la mortalidad del menor de cinco años. Debido a que se realizó una movilización nacional del personal de las regiones sanitarias departamentales para la actualización de la razón materna se aprovechó la movilización para la búsqueda de casos.

Los instrumentos utilizados para la investigación de casos fueron: **Muertes Comunitarias** utilizando los instrumentos:

- Ficha de Vigilancia de la Mortalidad en menores de cinco años (IVM-4).
- Protocolo de Investigación y Análisis de la mortalidad del menor de 5 años ocurridos en la comunidad (IVM-6A).

Cada instrumento contenía su respectivo manual. La recolección de los datos fue realizado por personal institucional con grado universitario, previo a este momento se realizaron las capacitaciones a los diferentes grupos; con el propósito del llenado correcto de los diferentes instrumentos para la recolección de los datos. A nivel comunitario fueron tomadas las diferentes fuentes existentes para la captación de los casos: Reporte Estadístico de Defunción (RNP-INE), Libro de registro de defunciones en las oficinas de registro civil municipal, Oficialía Civil Departamental del

Registro Nacional de las Personas. Registros en cementerios y otros; así como informantes claves que fueron identificados en la comunidad.

Las fuentes a nivel institucional no hospitalario (CMI, CESAMO, CESAR) utilizadas fueron los registros de defunciones extra hospitalarias, Listado de Niños (LINVI), Listado de embarazadas (LISEM), Auxiliares de Enfermería, Enfermeras profesionales, Médicos asistenciales, Técnicos de Salud Ambiental, Informe presentado por voluntarios de salud y reuniones de voluntarios.

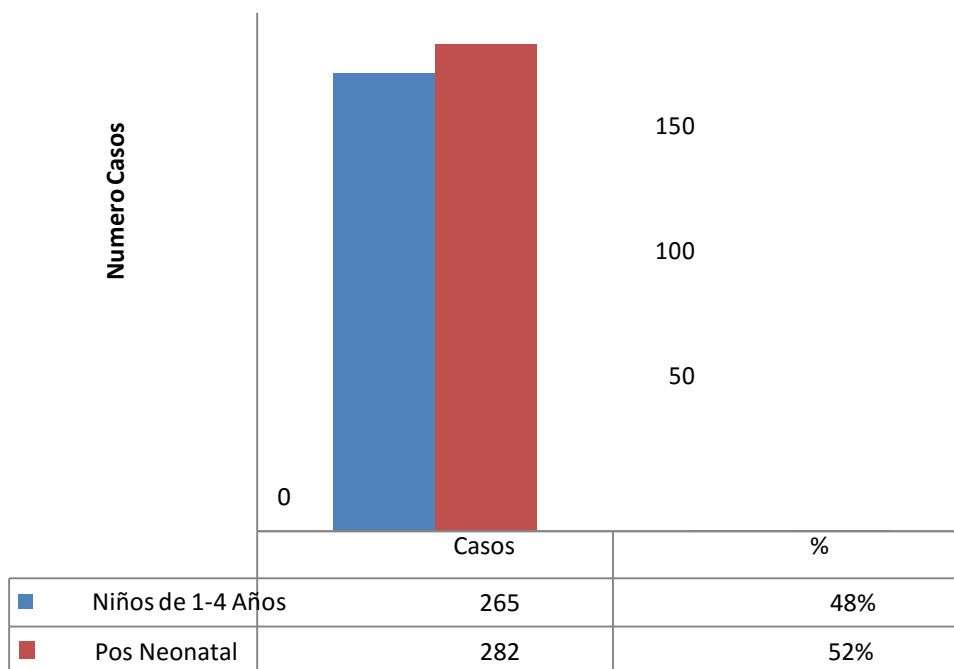
Los datos fueron procesados en una base en formato Access, que está dentro del software Sisloc. Para el registro de los diagnósticos de la causa básica se utilizó la codificación de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades décima edición (CIE-10), previo análisis de las mismas por expertos. El proceso de análisis involucró los diferentes niveles: **Nivel Local:** CESAR, CESAMO, Clínicas materno infantil, CLIPERS, Hospitales. **Nivel Regional. Nivel Central.**

Como resultado de la iniciativa propuesta por la Maestría en Salud Pública, se obtuvo la nueva base de datos depurada por la Dirección General de Vigilancia de la Salud, la cual fue enviada en formato de Excel 2010. Se dio inicio a la elaboración del plan de cruce de categorías y variables utilizando Excel Microsoft 2007, previa limpieza de la base de datos.

V. RESULTADOS

La información aquí presentada, es el resultado de los registros proporcionados por la Secretaría de Salud del estado de Honduras, que incluyen un total de 547 casos de mortalidad comunitaria del menores de 5 años, distribuidos en todo el territorio nacional y divididos en las 19 Regiones Departamentales de salud, durante el año 2009.

Grafica 1. Mortalidad comunitaria según la edad del niño de 1 a 4 años y pos neonatal. Honduras 2009



Fuente: Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009-2010.

Se aprecia una proporción muy similar de la mortalidad comunitaria en ambos intervalos de edad.

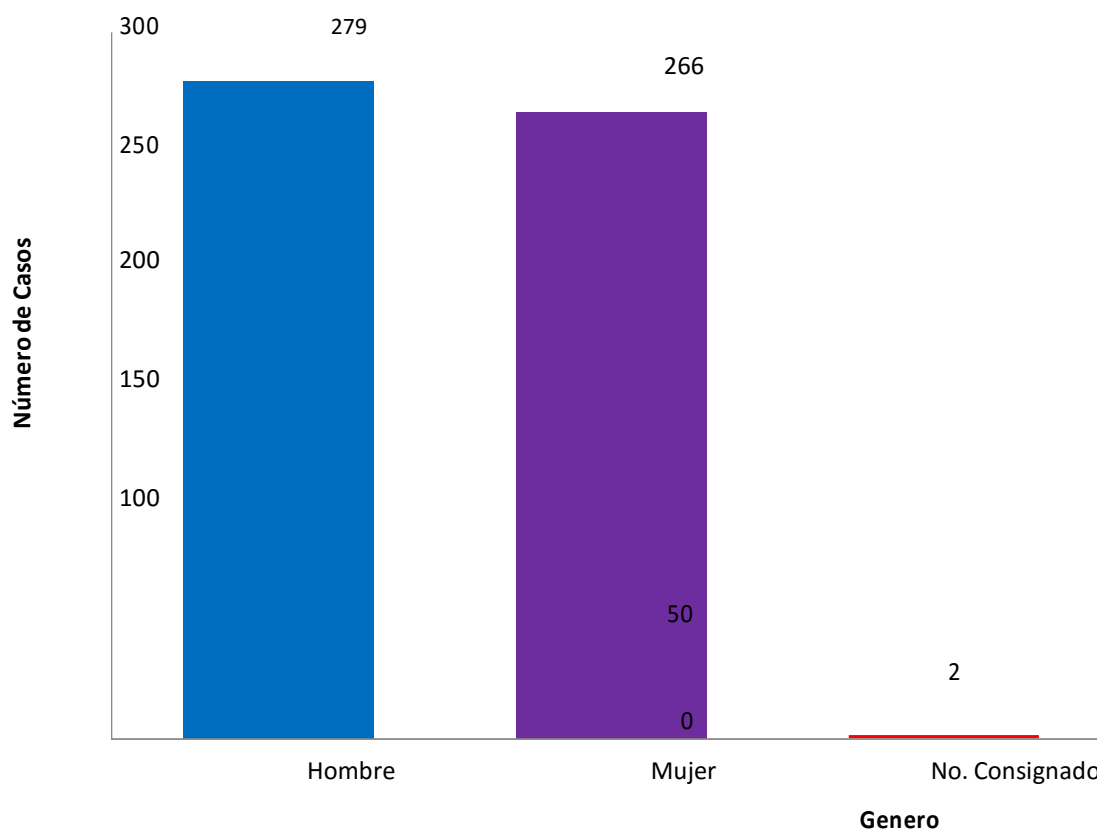
Cuadro 1. Caracterización de la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años por Región de Salud. Honduras 2009

N°	Región Sanitaria	Mortalidad	Porcentaje
1	Islas de la Bahía	4	0.7
2	Atlántida	7	1.2
3	Metropolitana del Distrito Central	7	1.2
4	Cortes	10	2.0
5	Gracias a Dios	11	2.0
6	Valle	13	2.3
7	Ocotepeque	16	3.0
8	Choluteca	19	3.0
9	Colon	23	4.2
10	El Paraíso	27	5.0
11	Comayagua	29	5.0
12	Santa Bárbara	30	5.0
13	La paz	36	7.0
14	Yoro	43	8.0
15	Olancho	43	8.0
16	Francisco Morazán	46	8.0
17	Intibucá	47	9.0
18	Copan	56	10.2
19	Lempira	74	13.5
20	Metro SPS	6	1.0
	Total	547	

Fuente: Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009-2010.

De acuerdo a los datos presentados en el cuadro 1 se observa que los mayores porcentajes de muerte en el menor de 5 años ocurrieron en primer lugar en el departamento de Lempira, seguido de los departamentos de Copan e Intibucá.

Grafico 2. Caracterización de la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años según género. Honduras 2009.



Fuente: Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009.

Según resultados de la gráfica por sexo, se presenta que el masculino fue el más afectado con un total de 279 casos que correspondió a un 51 % de todos los fallecidos a nivel nacional.

Cuadro 2. Caracterización de la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años según edad de la madre. Honduras 2009.

N°	Grupo de edad de la madre(años)	Número	Porcentaje
1	10 a 19	117	21.4
2	20 a 34	303	55.4
3	35 a 64	110	20.0
4	No consignado	18	3.2
	Total	547	100

Fuente: Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009.

En relación a la edad de la madre al momento de la muerte comunitaria del niño(a) de 1 a 4 años, en el grupo de 20 a 34 años (adultos jóvenes) se presenta el mayor número de casos con el 55.4%, seguido del grupo de 10 a 19 años (adolescentes) con el 21.4%

Cuadro 3. Caracterización de la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años según el número de embarazos de la madre. Honduras 2009.

N°	NÚMERO DE EMBARAZOS DE LA MADRE	CASOS	PROMEDIO
1	Casos excluyendo la moda	397	5
2	Moda (se presentó en primigestas)	150	1
Total		547	

Fuente:

Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009.

De acuerdo al número de embarazos de la madre del niño fallecido, el promedio fue de 5 embarazos en 397 casos

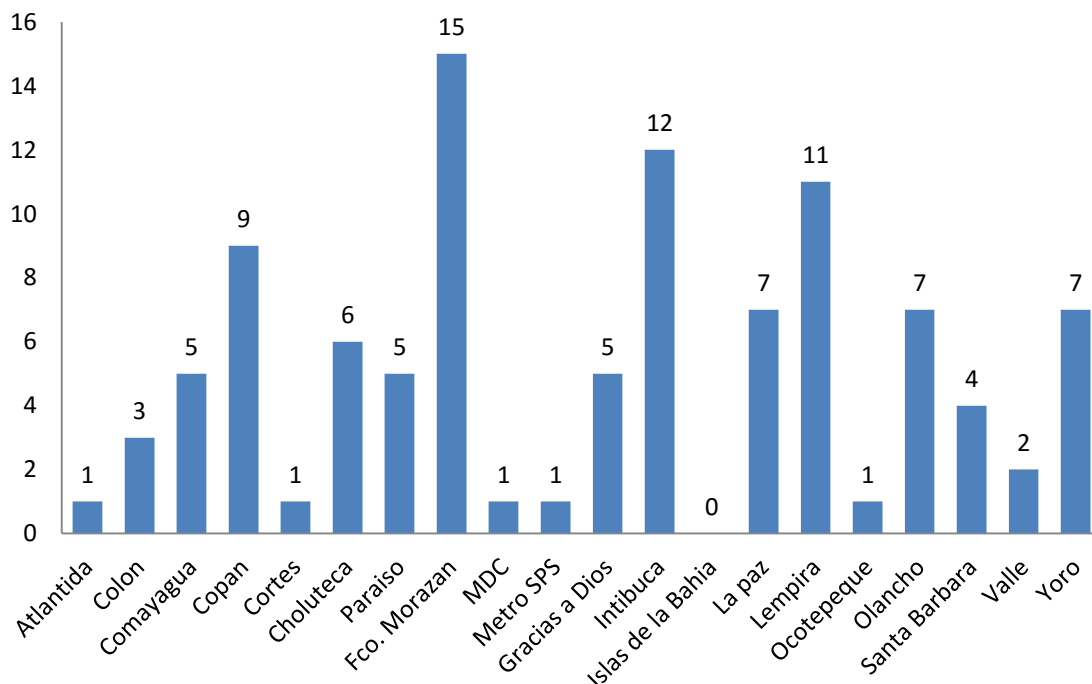
Cuadro 4. Caracterización de la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años según 15 causas básicas de acuerdo a CIE-10 por Región Sanitaria, Honduras. 2009.

C o d i g o	Causas de mortalidad según la CIE	Región Sanitaria															Total	%					
		Atlantida	Colon	Comayagua	Copan	Cortes	Choluteca	Paraiso	Fco. Morazan	MDC	Metro SPS	Gracias a Dios	Intibuca	Islas de la Bahia	La paz	Lempira			Ocotepeque	Olancho	Santa Barbara	Valle	Yoro
A09	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1	3	5	9	1	6	5	15	1	1	5	12	0	7	11	1	7	4	2	7	103	19
A41	Septicemia no especificada	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	6	1	
B77	Ascariasis con complicaciones intestinales	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	1	
E43	Desnutricion proteico calorica severa, no especificada	0	3	0	12	0	0	0	2	0	0	1	9	1	6	4	0	4	1	0	3	46	8
E46	Desnutricion proteico calorica, no especificada	1	1	0	3	0	1	1	0	0	0	0	4	0	1	2	0	3	5	0	2	24	4
G00	Meningitis bacteriana, no especificada	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4	1	
J18	Neumonía, no especificada	1	1	9	10	2	2	8	7	1	1	4	4	0	11	17	1	11	5	1	11	107	20
J45	Asma no especificada	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	1	
J69	Neumonitis debida a aspiracion de alimento o vomito	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	1	3	0	0	1	0	8	1
P22	Sindrome de dificultad respiratoria del RN	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	5	1
Q03	Hidrocefalia congenita no especificada	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	5	1
Q24	Malformacion congenita del corazon no especificada	0	3	3	2	0	2	1	2	1	0	0	4	1	3	5	3	1	0	1	2	34	6
R95	Sindrome de la muerte subita infantil	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	6	1	
V49	Ocupante lesionado en accidente de automovil	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	6	1	
W74	Ahogamiento y sumersion no especificados	1	3	1	2	2	1	1	4	0	2	0	4	1	2	3	0	2	2	0	4	35	6
	Restos de causas	2	6	8	14	5	6	9	11	4	2	1	6	0	5	28	7	12	9	4	8	147	28
	Sumas totales	7	23	29	56	10	19	27	46	7	7	11	47	4	36	73	16	43	30	13	43	547	100

Fuente: Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009.

Las causas de muerte encontradas en este estudio fueron en primer lugar Neumonía no especificada, seguida de diarrea y gastroenteritis, desnutrición proteico calórica severa, Malformación Congénita del corazón y ahogamiento y sumersión.

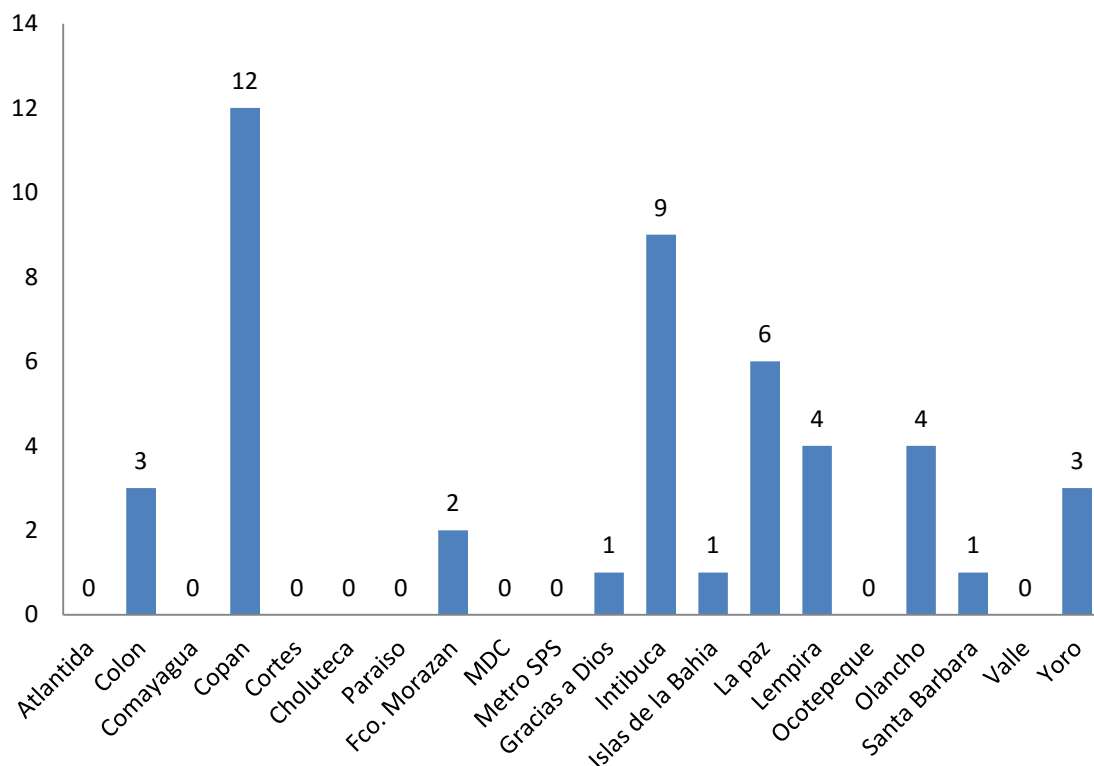
Gráfica 3. Caracterización de la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años según CIE-10 A09 diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. Honduras, 2009.



Fuente: Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009.

Dentro de las principales causas de muerte infantil encontradas en el presente estudio la Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, fue causa de muerte en primer lugar en el departamento de Francisco Morazán, seguido de Intibucá, Lempira y Copán.

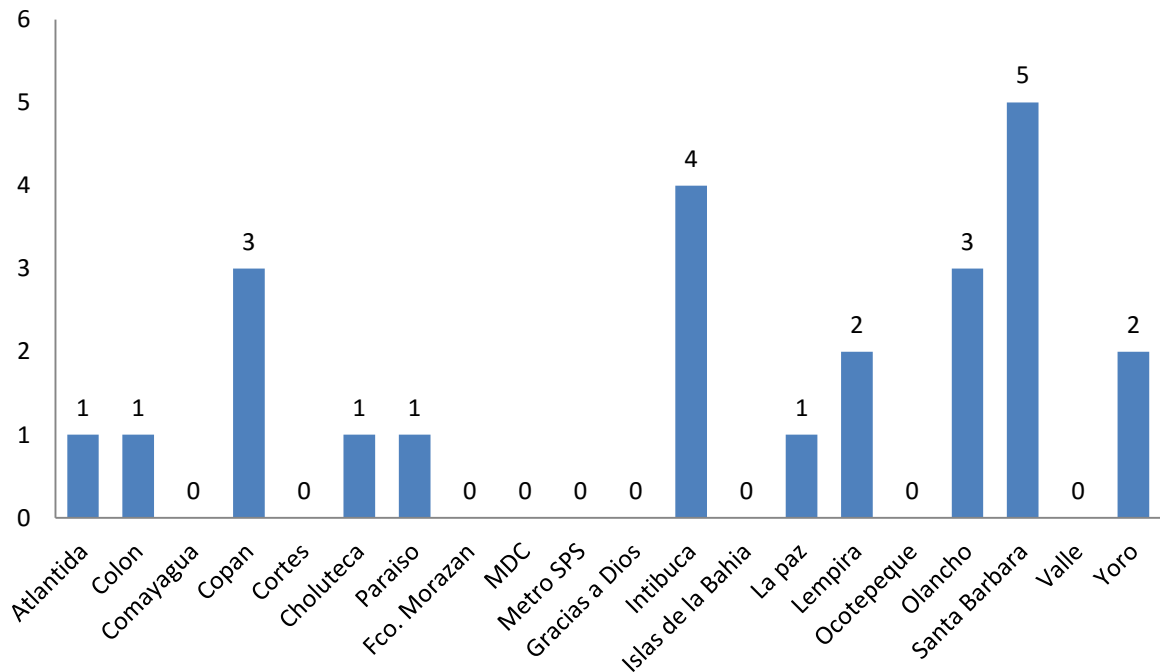
Gráfica 4. Caracterización de la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años según CIE-10 E43 Desnutrición proteico calórica severa, no especificada, Honduras 2009.



Fuente: Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009.

El presente gráfico muestra que la Desnutrición proteico calórica severa, no especificada, presentándose un mayor número de fallecimiento en los departamentos de Copan con 12, Intibucá con 9, La Paz con 6, Lempira con 4 y Olancho con 4 casos.

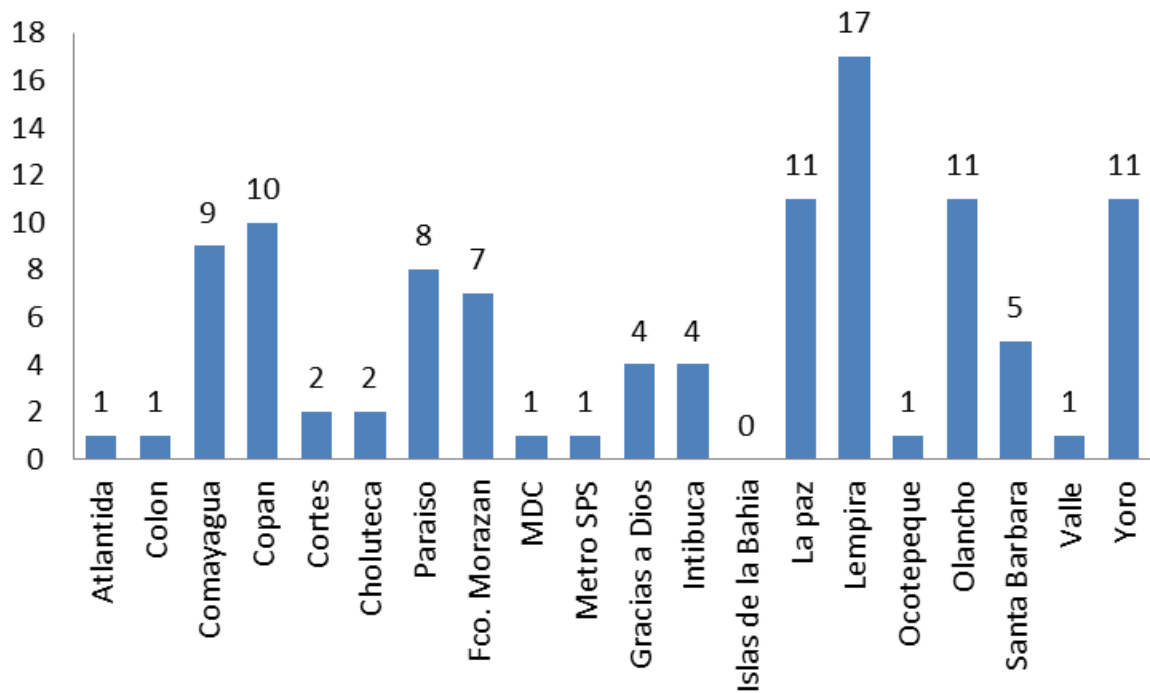
Grafica 5. Caracterización de la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años según CIE-10 E46 Desnutrición proteica calórica, no especificada, Honduras 2009.



Fuente: Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009-2010.

El presente gráfico muestra el análisis de Desnutrición proteico calórica no especificada, presentándose con mayor número de fallecimientos por esta causa en los departamentos de Santa Bárbara, Intibucá, Yoro, Copan, Lempira, Olancho.

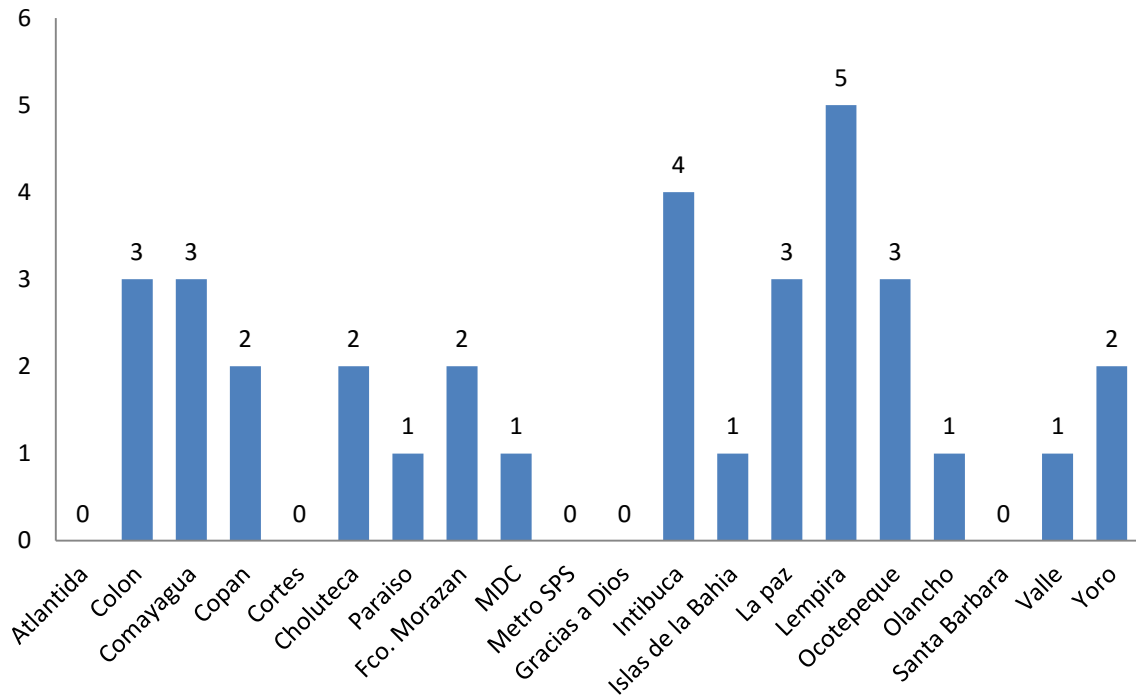
Grafica 6. Caracterización de la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años según CIE-10 J18.9 Neumonía no especificada, Honduras 2009.



Fuente: Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009-2010.

Este gráfico presenta la Neumonía no especificada como una de las mayores causas de muerte en los diferentes departamentos, en primer lugar en el departamento de Lempira con 17 casos, seguido de Copán, La Paz, Olancho y Yoro con 11 cada uno.

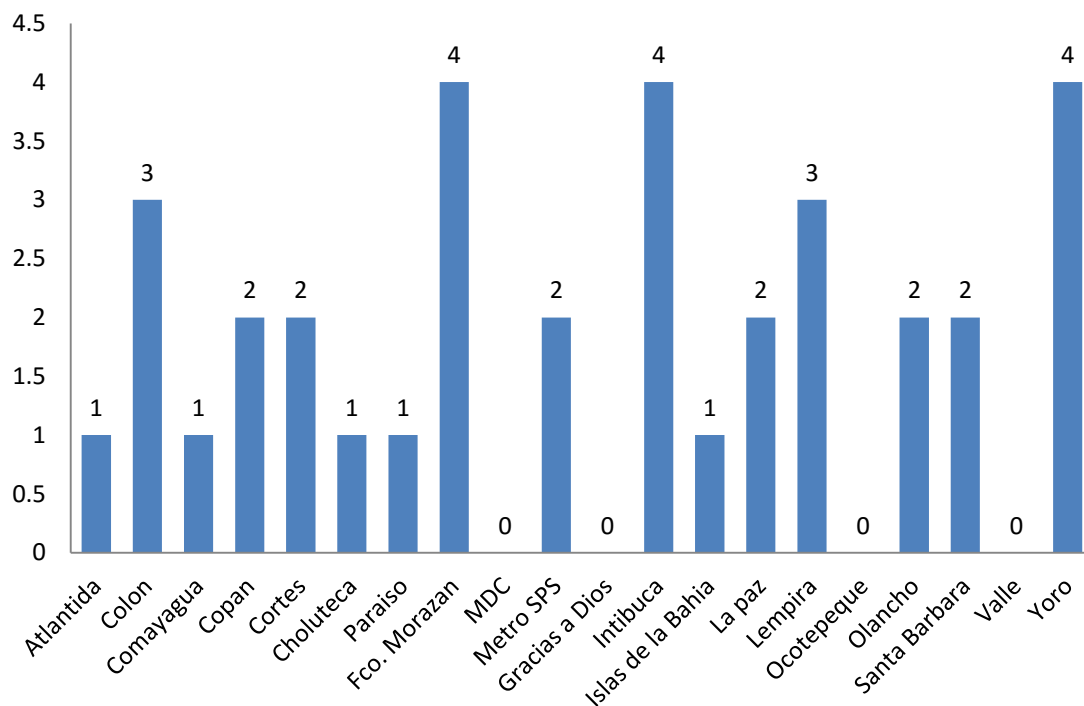
Gráfica 7. Caracterización de la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años según CIE-10 Q24.9 Malformación congénita del corazón, no especificada, Honduras 2009.



Fuente: Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009-2010.

En lo referente al análisis sobre la Malformación congénita del corazón, no especificada, esta causa de muerte se registró en los departamentos de Lempira con más casos (n=5), seguido de Intibucá con 4 casos, Colón y Comayagua con 3 casos respectivamente.

Gráfica 8. Caracterización de la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años según CIE-10 W74 Ahogamiento y sumersión, no Especificados, Honduras 2009.



Fuente: Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009-2010.

La muerte por Ahogamiento y sumersión, no especificados, se registró como causa de muerte en 15 de las regiones departamentales, siendo los departamentos de Colon, Francisco Morazán, Intibucá, Lempira y Valle donde se registró el mayor número de casos con 4 respectivamente.

Cuadro 5. Caracterización de la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años en función a las 6 causas básicas más importantes, Honduras 2009

N°	CAUSA	N° DE CASOS	PORCENTA JE
1	Neumonía no especificada	107	20
2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	103	19
3	Desnutrición proteico calórica severa no especificada	46	8
4	Ahogamiento y sumersión no especificado	35	6
5	Malformación congénita del corazón no especificado	34	6
6	Desnutrición proteico calórica no especificada	24	4
7	Resto de causas	198	36
	Total	547	100

Fuente: Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009-2010.

La principal causa de mortalidad comunitaria en el niño(a) de 1 a 4 años fue la neumonía no especificada con el 20% de los casos (N=107), seguida por la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con el 19% de los casos (N=103).

Dentro del resto de causas se incluyen la septicemia no especificada, ascariasis con complicaciones intestinales y meningitis bacteriana, no especificada ente otras causas encontradas.

Cuadro 6. Caracterización de la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años según el lugar donde ocurrió la muerte. Honduras 2009.

N°	LUGAR DE FALLECIMIENTO	N° DE CASOS	PORCENTAJE
1	Hogar	450	82.2
2	En el trayecto al hospital	10	1.8
3	En el trayecto al establecimiento de salud	2	0.4
4	Otro	78	14.3
5	No consignado	7	1.3
	Total	547	100

Fuente: Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009-2010.

En relación al lugar en donde ocurrió el fallecimiento, en el 82.2% de los casos (N=450) se dio en el hogar, el 1.8% (N=10) en el trayecto hacia el hospital.

En el acápite de otros se incluyen los lugares reportados como “a pocos minutos”, accidentalmente, en el vehículo; sin especificar un sitio exacto del lugar de muerte.

Cuadro 7. Caracterización de la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años según el sitio de nacimiento. Honduras 2009.

N°	SITIO DE NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Hogar	283	52
2	Trayecto a establecimiento de salud	185	34
3	Clínica Materno-Infantil	32	6
4	Trayecto a Hospital Público	4	1
5	No consignado	24	4
6	Otro	19	3
	Total	547	100

Fuente: Caracterización de la mortalidad y actualización de las tasas mortalidad del niño de 1 mes a cinco años, Honduras. 2009-2010.

En relación al sitio donde ocurrió el nacimiento, en el 52% de los casos (N=283) ocurrió en el Hogar (parto domiciliario), y en el 34% de los casos fue en el trayecto de la madre a el establecimiento de salud.

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La mortalidad y morbilidad infantil, ha sido desde hace más de cinco décadas una de las preocupaciones más relevantes a nivel internacional. Es claro entender el porqué de esa preocupación; la niñez representa la continuidad y permanencia de la especie humana, asociado a otros elementos como los elevados presupuestos que en ocasiones se requieren para hacer frente a esa problemática a nivel mundial. Por tales motivos el presente estudio se centró en caracterizar la mortalidad comunitaria en el niño de 1 mes a 5 años, que ocurrió en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009 en el territorio de Honduras, pretendiendo corroborar si las tendencias de años anteriores se han mantenido en las mismas proporciones o si existen nuevas causas que ameriten tomar medidas y generar estrategias en el sector salud de Honduras.

Del análisis realizado a la base de datos proporcionada por la Secretaría de Salud del Estado de Honduras, referente a un total de 547 casos de mortalidad comunitaria del menor de cinco años a nivel del territorio nacional, se lograron conocer los siguientes resultados (cuadro No 1) referente a la **mortalidad comunitaria según edad de fallecimiento:**

Se clasificó en dos rangos de edad, los casos de mortalidad de los menores de cinco años, en el grupo de estudio de 1 a 4 años se observó un

dato importante que es preciso resaltar se refiere a la edad promedio de muerte del menor fallecido de 27 meses (2.25 años).

Cabe resaltar que Honduras como país en vías de desarrollo, presenta serias carencias en la calidad y oportunidad de servicios de atención para el niño de 1 mes a 5 años, lo que podría estar contribuyendo con las condiciones de salud que se brindan en el desarrollo físico del menor, haciendo propicio que enfermedades, ambientes no óptimos de cuidados y salud del niño, estén incidiendo en las tendencias de mortalidad actuales.

En estudios latinoamericanos (UNICEF, 2011) los principales determinantes sociales y económicos de la mortalidad infantil están relacionados con: Deficiencia de vivienda, falta de escolaridad materna, migración del área rural, así como condiciones precarias de vida. Han sido también determinadas variantes biológicas que podrían contribuir a la mortalidad infantil neonatal: edad extrema de la madre, orden creciente al nacimiento intervalo intergenésico cortó, contribuyen a este problema la falta de lactancia materna y el destete precoz y si a esto se suma el estado nutricional deficiente, el riesgo de morir aumenta en forma significativa.

Respecto a las variables biológicas del niño, se considera que el grupo más vulnerable es el de los neonatos; en México la tasa reportada a nivel

nacional para 1992 fue de 1791.16 x 10,000 nacidos vivos (Ruiz Delgado, 2001). En Honduras de acuerdo a ENDESA 2011-2012 según residencia la Mortalidad Neonatal Rural se encuentra en 15 por cada 1,000 nacidos vivos y 18 por 1,000 nacidos vivos en el área urbana.

En la investigación El 70% de la mortalidad en el país está concentrada solamente en ocho regiones departamentales de las 20 existentes a nivel nacional, siendo estas regiones Lempira, Copan, Intibucá, Francisco Morazán, Olancho, Yoro, La Paz y Santa Bárbara, departamentos estos, donde se observan los mayores índices de pobreza, desnutrición, analfabetismo y enfermedades relacionadas con condiciones de vida imperantes y con los mayores índices de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

La situación de la mortalidad del niño de 1 mes a 5 años en Honduras, en lo referente al área geográfica como factor determinante, se hace evidente que la mayoría de las regiones departamentales de salud con el mayor nivel de mortalidad, se encuentran ubicadas en zonas altamente rurales, excepto el caso de Francisco Morazán, cuya influencia pudiera estar relacionada con los altos índices de pobreza aunado a las altas concentraciones poblacionales (Black, 2008).

El nivel de fecundidad observado a través del promedio de hijos nacidos

vivos muestra también diferencias entre los municipios según el nivel del Índice de Desarrollo Humano (IDH), de tal manera que en los municipios de menor IDH, la fecundidad es sistemáticamente mayor en todos los grupos de edad y la diferencia crece conforme aumenta la edad de las mujeres hasta llegar a 3.1 hijos entre las mujeres del grupo de 45 a 49 años (5.9 contra 2.8) (INEGI, 2010). Es decir, la fecundidad en los municipios con menores niveles en sus condiciones de vida es más del doble de la que se observa en los municipios de mayor nivel de Índice de Desarrollo Humano.

De igual manera la literatura hace relación a estos eventos, es importante considerar que el 43% de todos los niños de 1 mes a 5 años en el mundo viven en 5 países: India, Nigeria, República Democrática del Congo, Pakistán y China. Es decir, algunas enfermedades están concentradas en ciertas regiones debido a las condiciones sociales y epidemiológicas imperantes (Black, 2008).

Los resultados obtenidos en la investigación son muy similares en proporción al género del menor fallecido, con una ligera diferencia mayor en los niños con un 51% contra el 49% de las niñas. Lo que no aporta argumentos para concluir que el género pudiera ser en sí mismo un factor de incidencia en la mortalidad. Se sabe de manera general que las esperanzas de vida a nivel mundial diferenciadas por el género de hombre y

mujer, son mayores para la mujer, posiblemente por factores genéticos de la propia especie. Por sexo es notoria la sobre mortalidad masculina en todas las manifestaciones de riesgo al morir, desde la neonatal hasta la de menores de 5 años (INEC, 2001).

En relación a la edad de la madre, el riesgo de muerte se manifiesta con niveles de mortalidad altos en los extremos de edad, en especial en el grupo de 40-49 años y una menor mortalidad para el grupo de 20 a 29 años (29 por mil) (INEC, 2001).

El dato más representativo de la mortalidad infantil (con un 75% de los casos) se concentró en las madres con un rango de edad entre 18 y 35 años. Situación que pareciera paradójica por ser el rango de edad más propicio para la procreación.

Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente los factores socio-económicos y socio-culturales como el nivel de educación de la madre, la calidad de los alimentos, los hábitos de higiene y de comida y la oportunidad para acceder a los servicios de salud son factores muy influyentes en la mortalidad infantil. En los datos analizados se presenta otro factor de riesgo que es el número de hijos, en muchos de los casos, la madre del menor ya tenía uno o más hijos con anterioridad, y sin

duda que esa situación hubiera influido en la calidad y cantidad de tiempo dedicada al nuevo hijo.

Otro dato importante en el análisis estriba en la edad más frecuente en que las madres tuvieron sus hijos, que fue un promedio de 22 años (44 casos). Sin embargo estos resultados de la edad de la madre no van de acuerdo a lo encontrado en la bibliografía revisada (INEC, 2001). Cuanto más joven es la niña que queda embarazada, mayores son los riesgos para su salud. Las jóvenes que dan a luz antes de cumplir los 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el parto que las mujeres mayores de 20 años.

Si la madre tiene menos de 18 años, el riesgo del bebé de morir durante su primer año de vida es de un 60%, más que en el caso de un bebé nacido de una madre mayor de 19 años (UNICEF, 2009).

Se puede apreciar una clara tendencia en la mortalidad de los menores, cuyas madres había dado a luz a más de 4 hijos, que representaron un 73% de los casos estudiados. Lo que se explica por circunstancias del entorno de la madre como la pobreza, la mala alimentación, la carencia de suministros de vitaminas, como el ácido fólico y el entorno rural como factores responsables de las circunstancias. Este análisis se refuerza con lo comentado en el punto anterior, respecto a que la mayoría de madres

que ya habían dado a luz con anterioridad, eran madres entre los 18 y los 35 años de edad, este punto además se encuentra sustentado en factores relacionados a la educación como lo menciona la literatura mundial (INEGI, 2010).

Los resultados confirman la importancia del espaciamiento de los hijos para la sobrevivencia infantil: en general los niños de madres muy jóvenes o de mayor edad tienen las tasas más altas de mortalidad en comparación con los hijos de madres de 20-39 años. Igualmente, los primeros nacimientos y nacimientos múltiples (orden tres o mayor) tienen tasas de mortalidad neonatal mayores que el resto de nacimientos; y los intervalos intergenésicos cortos están asociados con una mayor mortalidad durante y después de la infancia (INEC, 2001).

La educación es ampliamente mencionada como un concepto clave en el conocimiento de la fecundidad de la población femenina, en el sentido que le permite tener mayor autonomía en la toma de decisiones concernientes a su comportamiento reproductivo. Las diferencias de la fecundidad según nivel de escolaridad son claras, así, las mujeres más escolarizadas tienen menos hijos que aquellas de menor escolaridad; es decir, mientras las mujeres sin estudios tienen en promedio 3.5 hijos, las de instrucción media y superior tan solo tienen 1.1, lo que significa una diferencia de más de dos hijos entre estos dos grupos (UNICEF, 2009).

En cuanto a las 15 causas básicas de fallecimiento del menor de 5 años, que represento un 73% de la mortalidad total ocurrida en el periodo de estudio (año 2009), de las 15 causas identificadas, resaltan por su importancia: la neumonía con un 20%, la diarrea y gastroenteritis con un 19%, la desnutrición con un 12%, las malformaciones congénitas con un 6% y el ahogamiento por sumersión con un 6%. Como se mencionó en el capítulo 3.5 de este trabajo de investigación, los factores biológicos causantes de infecciones como las neumonías y las gastroenteritis, son responsables de casi el 40% de las causas de muerte infantil.

Aspectos socio-económicos y socio-culturales que en la generalidad están considerados como factores indirectos, impactan considerablemente con un 24% en los casos de la mortalidad por desnutrición, malformaciones congénitas y los casos de ahogamiento por sumersión. En la totalidad de los casos comentados, prevalece otro aspecto no menos preocupante que los anteriores, refiriéndose específicamente a la falta de oportunidad y facilidad de acceso a la atención en los centros de salud pública.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la segunda causa de mortalidad infantil más importante, catalogada con el código A09 de la CIE-10, la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, se registró en los departamentos de Francisco Morazán, Intibucá, Lempira, Copán, La Paz,

Olancho y Yoro, se concentraron 69 de los 103 casos registrados y que represento un 67%, (INEC, 2001) Unicef y la Organización Mundial de la Salud han dado a conocer un informe en donde se muestran los últimos datos de mortalidad infantil. En él, se señala que la diarrea es la segunda causa de mortalidad infantil en el mundo, pese a los tratamientos médicos existentes contra ella, se cobra más vidas infantiles que el SIDA, el paludismo y el sarampión juntos (Ruiz Delgado, 2001).

La desnutrición proteico calórica registro 70 casos de fallecimiento infantil, concentrándose su incidencia en las Regiones departamentales de Copan con 15 casos, Intibucá con 13 casos, La Paz con 7 casos y Lempira y Olancho con 6 y 7 casos respectivamente, representando el 69% del total registrado (OJD, 2009).

En el 2009 había en el mundo alrededor de 20 millones de niños con malnutrición aguda grave, que los hace más vulnerables a las enfermedades graves y a la muerte prematura. La mayoría de esos niños se pueden tratar eficazmente a domicilio con alimentos terapéuticos listos para el consumo. A escala mundial, se estima que en 2009, 171 millones de menores de cinco años sufrían retraso del crecimiento y 104 millones presentaban insuficiencia ponderal.

Referente a la Neumonía, como la principal causa de fallecimiento del

menor de 5 años, se registraron 107 casos; la principal concentración de casos se generó en las Regiones departamentales de; Comayagua (9), Copán (11), Paraíso (8), Francisco Morazán (7), La Paz (11), Lempira (17), Olancho (11), Yoro (11), representando el 79% del total de casos, de igual manera se encuentra que también a nivel mundial (OMS, 2012) la neumonía es la causa principal de muerte de niños en todo el mundo. Se calcula que la neumonía mata a unos 1,1 millones de niños menores de cinco años cada año, más que el SIDA, la malaria y el sarampión combinados.

La neumonía puede prevenirse mediante inmunización, una alimentación adecuada y mediante el control de factores ambientales, es causada por bacterias que pueden tratarse con antibióticos. (OMS, 2013) Un 18% de todas las defunciones de niños menores de cinco años en todo el mundo se deben a la neumonía, esta afecta a niños y a sus familias a nivel global, pero su prevalencia es mayor en el África subsahariana y Asia meridional. Pueden estar protegidos mediante intervenciones sencillas y tratados con medicación y cuidados de costo bajo y tecnología sencilla (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Las malformaciones congénitas del corazón, como otra causa importante de la mortalidad de los niños menores de 5 años, registro un total de 34 casos. Se observó que en las regiones departamentales de Colón, Comayagua, La

Paz y Ocotepeque se registraron 3 casos en cada una de ellas, mientras que en Intibucá se registraron 4 y en Lempira 5, totalizando 21 casos que representan el 62% del total de fallecidos.

El fallecimiento por ahogamiento y sumersión de acuerdo a información de la CELADE es una de las causas de incidencia e importancia mundial, que se presenta preponderantemente en los países pobres y en zonas rurales, donde la cercanía a sitios de acumulamiento de agua como ríos, lagos y lagunas origina e incrementa la fatal estadística.

El cuadro 6 es un resumen de las seis causas básicas de mortalidad que se han explicado con anterioridad y según el cuadro 4, existen 15 causas elementales, de las cuales las 6 que se han explicado en forma individual, representan las de mayor impacto e incidencia, ya que consolidan 349 (63 %) casos de mortalidad de los 549 que se registraron en totalidad.

El 82% de los decesos (450 casos) el fallecimiento ocurrió en el mismo hogar del menor y un 17% sucedió en trayecto al centro de salud. Lo que reafirma respecto a que se requiere de mayores y más eficientes intervenciones, mecanismos de atención, información y educación a la población, para evitar éstas muertes, que en gran parte de los casos pudo haberse evitado.

Es notorio el importante número de nacimientos que ocurrieron en el hogar y que parece ser un factor determinante en la mortalidad comunitaria, reafirmando y haciendo evidente que la inaccesibilidad a los centros de salud en muchas de las ciudades y principalmente de áreas rurales, contribuye de manera importante a la falta de información por parte de las madres de los menores trayendo consigo los resultados obtenidos.

VII. CONCLUSIONES

1. La Neumonía (CIE-10 J18.9) fue la primera causa de mortalidad comunitaria para el grupo de edad de 1 mes a 5 años en el territorio de Honduras en el año 2009, seguida de la Diarrea y Gastroenteritis (CIE-10 A09).
2. La Desnutrición Proteica Calórica (CIE-10 E43) fue la tercera causa de mortalidad relevante a nivel nacional.
3. El Ahogamiento (CIE-10 W74) represento una importante causa de muerte accidental en la mortalidad comunitaria del menor de cinco años en el país.
4. Las muertes comunitarias señaladas en la presente investigación exceptuando las defunciones por ahogamiento, se encuentran dentro las primeras diez causas de muerte hospitalaria reportadas por la Secretaría de Salud en el año 2004.
5. No fueron tipificadas con mayor detalle Las malformaciones congénitas que incidieron en la mortalidad del menor de 5 años en el año 2009, por falta de información en la base de datos proporcionados por la Secretaría de Salud.

6. La determinación del sub registro de la mortalidad comunitaria del menor de cinco años en el año 2009, no fue posible por carecer de información para su estimación.

7. La Tasa de mortalidad comunitaria del menor de 5 años a nivel nacional del año 2009 fue de 7 niños por cada mil nacidos vivos.

8. La mortalidad infantil comunitaria (55% de los casos) se concentró en las madres con un rango de edad entre 20 a 34 años.

9. Las madres de los niños fallecidos en la comunidad habían dado a luz a más de 4 hijos, que representaron un 73% de los casos estudiados.

VIII. RECOMENDACIONES

En función de los hallazgos encontrados en la caracterización epidemiológica de las muertes de los niños de 1 mes a 5 años, ocurridas en el año 2009 en las Regiones Departamentales de la Secretaría de Salud, se recomienda:

1. Ampliar los mecanismos de información y capacitación a las parteras y personas que comúnmente se ocupan de los alumbramientos en zonas rurales y alejadas de los centros de salud, a fin de evitar las muertes ocurridas por aspectos prevenible.
2. Aplicación del AIEPI comunitario por todas las regiones departamentales de salud.
3. Promocionar información básica referente a la alimentación del niño menor de 5 años.
4. Brindar recomendaciones de las medidas que se deben adoptar en el cuidado de los niños tanto a las madres, familiares como a toda persona encargada del cuidado de los menores, haciendo énfasis en las zonas donde existen riesgos de

ahogamiento.

5. Implementar, las Normas ya establecidas por Secretaria de salud sobre la capacitación, certificación y registro de las parteras de las comunidades, particular y reiteradamente afectadas por esta mortalidad, facilitándoles a dichas personas, medios accesibles de comunicación con los centros de salud, a fin de que puedan retroalimentarse por esta vía en caso de dudas o problemas de salud con los infantes.

6. Obtención de información verídica y más profunda acerca de hábitos, creencias y conductas de la población relacionadas con las causas de la mortalidad en el niño de 1 mes a 5 años a través de los diferentes colaboradores voluntarios en salud comunitarios entre ellos: parteras Patronatos, comités de Salud, promotores Locales, curanderos etc.

7. Identificación y seguimiento de los nacimientos y defunciones que ocurren en zonas rurales o de alta concentración poblacional,

Particularmente en lo referente al menor de 5 años para estar en posibilidad de medir con mayor precisión la magnitud real de la problemática motivo del presente estudio.

8. Realización de investigaciones referentes a los hábitos de higiene, de alimentación, religiosidad y de actitud, con el fin de determinar si son aspectos importantes en la mortalidad de los niños de 1 mes a 5 años.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. American Congress of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). (2009). *Como reducir el riesgo de defectos congénitos*. Obtenido de www.acog.org
2. Andalucía, J. D. (1996). *Factores determinantes de la salud*. Andalucía.Black, R. &. (2008). Global, regional and national causes of child mortality in 2008: a sistematic analysis. *The Lancet*.
3. Centro Latinoamericano y Caribe de Demografía CELADE. (2011). *Mortalidad en la niñez, una base de datos de America Latina desde 1960*. New York: CELADE.
4. CEPAL. (2012). *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950 a 2100*. Obtenido de www.cepal.org
5. CEPAL. (03 de 06 de 2014). *Objetivos de desarrollo del milenio 2008, reportes de avances*. Obtenido de www.eclac.org
6. INEC. (2001). *Encuesta Nicaragüense de demografía y salud*.
7. INEGI. (2010). *Censo de población y vivienda 2010*. Obtenido de Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años por grupos de edad en los municipios de mayor y menor índice de desarrollo humano: www.inegi.org.mx
8. Instituto Nacional de Estadística INE. (2006). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005-2006*. Tegucigalpa: INE.
9. March of Dimes Foundation. (Diciembre de 2009). *Nacer Sano*. Obtenido de www.nacersano.org
10. Margie Peden, K. O. (2012). *Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños*. Washington: Organización Mundial de la Salud.

11. Merino, T. (2007). *Pontificia Universidad Catolica de Chile*. Obtenido de Indicadores de riesgo epidemiológico. Tasas, brutas y específicas: www.medicina.uc.cl
12. OJD. (15 de Octubre de 2009). La diarrea, segunda causa de mortalidad infantil en el mundo. *El mundo*.
13. OMS, O. M. (Septiembre de 2012). *Reduccion de la mortalidad en la niñez*. Obtenido de www.who.int
14. Organizacion Mundial de la Salud. (Abril de 2013). *Neeumonia, nota descriptiva*. Obtenido de www.who.int/mediacentre/factsheets
15. Organizacion Mundial de la Salud OMS. (Diciembre 2002). *Clasificacion Internacional de Enfermedades*. OMS.
16. Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud de Honduras*. Obtenido de www.unicef.org/honduras/ODM4.pdf
17. Organización panamericana de la Salud OPS. (03 de 05 de 2014). *Elaboración propia en base a datos de la Secretaria de Salud, Honduras 2006*. Obtenido de www.unicef.org/honduras/ODM4.pdf
18. PHAO. (2003). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Washington: Publicaciones OPS.
19. Real Academia Española. (2001). *Diccionario RAE*. Madrid, España.
20. Ruiz Delgado, E. &. (2001). *Mortalidad pediátrica, perfil epidemiológico y clinico en menores de un año de edad*. Obtenido de www.bvs.hn
21. Secretaria de Salud de Honduras, Unidad de Planeamiento y Evaluación. (2006). *Reducción acelerada de la mortalidad materna infantil (RAMNI)*. Tegucigalpa.

22. UNICEF. (2009). *Estado mundial de la infancia*. New York.
23. UNICEF. (2010). *Objetivos de desarrollo del Milenio, tercer informe de país*. Tegucigalpa.
24. UNICEF. (2011). *Objetivos del desarrollo del milenio*. Obtenido de www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html
25. VERNY, T. &. (2002). *El futuro bebe*. Barcelona: Ediciones Urano.